

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juin 1901, à 1 heure

Par LUCIEN WORMSER

Né à La Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne), le 23 septembre 1876.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Du Début Brusque

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. GILBERT, professeur.

ROGER et MARFAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

428

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juin 1901, à 1 heure

Par Lucien WOLFF

Né à La Ferté-sous-Jouras, Seine et Marne, le 21 septembre 1872.
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Du Débat Braxas

DE LA

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Président : M. DEBOVE, professeur.

Vice-président : M. GILBERT, professeur.

Rapporteur : M. MARTEL, agrégé.

La commission répondra aux questions qui lui seront faites sur les divers
points de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juin 1901, à 1 heure

Par LUCIEN WORMSER

Né à La Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne), le 23 septembre 1876.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Du Début Brusque

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. GILBERT, professeur.

ROGER et MARFAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

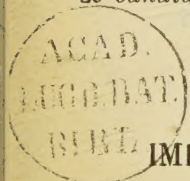
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	Professeurs	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		N.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		JACCOUD.
Clinique médicale.....		HAYEM.
		DIEULAFOY
		DEBOVE.
		GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		PINARD.
Clinique gynécologique.....		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOY.
ALBALAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA André.	HEIM.	RÉMY.	WALTER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma reconnaissance filiale.

A MA FAMILLE, A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE,

Membre de l'Académie de médecine,

Professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine.

Médecin de l'hôpital Beaujon,

Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Durant l'épidémie de fièvre typhoïde de l'année 1900, alors que nous fréquentions le service de M. le docteur Mathieu à l'hôpital Andral, M. Léopold-Lévi, dont nous suivions avec intérêt le précieux enseignement clinique, attira plusieurs fois notre attention sur certains cas de dothiéntérie ayant apparu brusquement, attaquant les individus en pleine santé.

Dans une séance de la Société de médecine de la même année, à la suite d'une communication du regretté professeur Potain concernant des cas de fièvre typhoïde consécutifs à la grippe, quelques médecins des hôpitaux signalèrent la possibilité du début brusque de la maladie, et apportèrent plusieurs observations à l'appui.

« Les cas de fièvre typhoïde à début brusque, disait M. F. Widal, pour être rares, n'en ont pas moins leur intérêt pour le pathologiste et nous

montrent qu'il faut savoir penser à la fièvre typhoïde alors même que le début de la maladie n'a pas été lent et insidieux. »

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'entreprendre, dans un modeste travail, l'étude de cette forme clinique spéciale et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Dans un premier chapitre, nous citerons l'opinion des auteurs qui se sont spécialement occupés de la fièvre typhoïde et nous verrons que, dans leurs descriptions, la forme à début brusque est passée presque inaperçue. Nous évoquerons ensuite dans un chapitre d'historique les auteurs qui se sont attachés à cette particularité ; nous décrirons ce début, nous envisagerons la cause et la pathogénie probables de cette anomalie ; et en terminant nous essaierons d'en établir le diagnostic.

Mais avant d'entrer dans notre sujet il nous reste un doux devoir à remplir, celui de remercier nos Maîtres dans les hôpitaux, qui, pendant le cours de nos études nous ont prodigué leurs savants conseils et accordé leur bienveillant appui.

M. le docteur Legueu, professeur agrégé, qui fut notre premier maître, nous a toujours témoigné une sympathie particulière. Ses conseils amicaux, ses brillantes leçons cliniques autant que son remarquable talent opératoire laisseront un souvenir inaltérable dans notre esprit.

M. le docteur Peyrot, chirurgien de Lariboisière, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, et M. le

docteur Souligoux, son éminent assistant, ont été pour nous des maîtres toujours dévoués et bienveillants.

Que M. le docteur Achard, professeur agrégé, reçoive ici l'expression de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner aussi bien lorsque nous étions son externe que dans tout le cours de nos études.

Notre maître M. le docteur Landrieux, médecin de Lariboisière, s'est toujours montré envers nous d'une bienveillance sans borne. Nous savons quelle part nous lui devons dans nos connaissances de clinique médicale et de gynécologie et nous tenons à lui exprimer nos sentiments de profonde gratitude.

Nous avons retiré beaucoup de fruit de l'enseignement de M. Bouffe de St-Blaise, accoucheur des hôpitaux, qui nous a appris ce que nous savons en obstétrique.

Que MM. Béclère, Balzer, et Duguet, médecins des hôpitaux veuillent bien agréer nos remerciements pour la part qu'ils ont prise dans notre éducation médicale.

Notre excellent ami, M. le docteur Floersheim, nous a souvent prodigué d'utiles conseils, qu'il reçoive ici l'expression de notre vive sympathie.

Nous devons une marque particulière de reconnaissance à M. le docteur Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, qui nous a permis de recueillir dans son service la plupart des observations que nous publions.

M. le docteur Léopold-Lévi nous a inspiré l'idée de notre thèse et nous a donné avec une bienveillance amicale ses avis et ses conseils. Nous tenons à lui re-

nouveler ici l'assurance de notre gratitude et de notre sincère affection.

Remercions enfin tout particulièrement M. le professeur Debove de l'insigne honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Du début ordinaire de la fièvre typhoïde.

La plupart des auteurs classiques anciens et modernes attribuent à la fièvre typhoïde un début lent et insidieux, une période d'invasion graduelle et progressive.

Petit et Serres, en 1813, dans le *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, décrivent ainsi le tableau de la maladie : « Lorsque les malades arrivent à l'hôpital, il y a quelque temps qu'ils luttent contre un sentiment de faiblesse, d'inappétence et de malaise général, des mouvements de fièvre irréguliers et le plus souvent un dévoiement plus ou moins fréquent. Ces accidents augmentant progressivement, les ont réduits à l'impuissance de continuer leurs travaux. »

Cette description se retrouve plus ou moins modifiée dans les ouvrages classiques, et lorsqu'on les consulte

on voit immédiatement que, malgré quelques remarques de certains auteurs, cette opinion est admise sans conteste.

« La date du début même de la fièvre typhoïde, dit *Legry*, dans le Manuel de médecine, échappe le plus souvent à toute détermination rigoureuse.

Le sujet, encore apyrétique ou ne présentant qu'un mouvement fébrile minuscule et irrégulier, se plaint d'une lassitude inexplicable ; il est sans appétit et éprouve des douleurs musculaires vagues ; puis, il a de la céphalalgie, parfois des épistaxis. Il n'accomplit sa besogne accoutumée qu'avec peine, il est très rapidement accablé de fatigue et résiste mal à la somnolence.

Ce prologue à une durée variable : pour *Murchison*, d'un à plusieurs jours, pour *Griesinger*, de deux à cinq jours en moyenne, quelque fois sept et quinze jours. Sur vingt cas observés par M. *Hanot*, elle a oscillé treize fois entre quatre et six jours, et sept fois entre quinze et vingt jours.

L'avis des auteurs qui, entre temps, se sont occupés particulièrement de cette question, semble apporter un appui solide aux descriptions que nous venons de donner.

En 1877, *Griesinger*, dans son *Traité des maladies infectieuses*, décrit les prodromes de la façon suivante : « Dans la grande majorité des cas, la fièvre typhoïde ne débute pas tout d'un coup et avec des symptômes bien caractérisés ; les premiers phénomènes se déve-

loppent peu à peu et consistent dans un malaise prodromique d'un caractère assez indéterminé. »

« Quoique le malade puisse encore aller et venir, il se sent fatigué et mal disposé ; son sommeil est agité, son appétit se perd et il éprouve une céphalée intense, sourde et gravative ; la peau devient pâle, les traits du visage expriment l'abattement ; chez quelques malades, on observe un peu de délire, des bourdonnements d'oreilles passagers ; ils sont forcés de s'aliter le jour, ou de bonne heure le soir ; leurs nuits sont mauvaises, troublées par des rêves et parfois accompagnées de sueurs qui épuisent le malade ; peu d'individus ont déjà des douleurs de ventre ou de la diarrhée.

« Pendant ces symptômes initiaux, qui durent parfois 24 heures, le plus souvent de 2 à 5 jours, rarement 7 et même 14 jours, un frisson s'établit plus tôt ou plus tard. »

Puis, pour bien préciser le début, *Griesinger* ajoute : « Quand le frisson existe, qu'il soit intense ou faible, unique ou répété, le moment de son apparition exprime le véritable début de la fièvre typhoïde ; sans doute, les prodromes appartiennent déjà à la maladie qui se développe, ils en font partie, mais c'est le frisson qui marque, de la façon la plus évidente, le début de la fièvre, cet élément essentiel de la maladie. »

Murchison, dans son traité de la fièvre typhoïde (1878) écrit : « l'invasion... a lieu graduellement dans la plupart des cas. Le malade est *souvent incapable de préciser le jour du début de sa maladie*, quoique son esprit soit lucide et sa mémoire présente. »

Homolle, en 1884, dans son article du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* dit que : « l'invasion proprement dite est, dans un grand nombre de cas, tout à fait graduelle, et les premiers accidents se confondant avec les prodromes semblent plutôt appartenir à une indisposition légère qu'à une maladie véritable. Aussi, lorsque plus tard le patient, incapable de lutter contre un état de souffrance qui s'est accru de jour en jour, consulte le médecin, il lui est bien souvent impossible d'apprécier exactement la date du début. »

« Un état de malaise persiste, en s'aggravant peu à peu durant cinq, six ou sept jours. La prostration des forces et la fièvre augmentent chaque jour et sont à la fin de la première semaine, les éléments morbides prédominants. »

Pour *Arnould*, (article du *Dictionnaire Dechambre* 1885) le début se fait de la façon suivante : « L'apparition d'un état fébrile continu avec exacerbation vespérale marque le début de la maladie, et pendant une semaine *la fièvre augmente régulièrement d'intensité* pour atteindre son apogée entre le sixième et le huitième jour. »

Enfin, *Hanot*, dans une brillante leçon clinique de 1893, dit que « la fièvre typhoïde n'est pas une maladie à début violent, comme la pneumonie, l'érysipèle, la scarlatine, mais qu'à l'ordinaire, elle s'installe obscurément et n'arrive que petit à petit, d'une marche indécise, au syndrome individualisé, à la forme définie. »

Il est inutile de multiplier les citations puisque leur concordance est parfaite et que la plupart des observateurs semblent méconnaître l'existence d'un début différent. La possibilité d'un autre mode d'invasion était tellement éloignée des esprits que, si une maladie se déclarait brusquement, sans les prodromes classiques, et éclatait violemment, l'idée du clinicien était de suite portée vers tout autre syndrome morbide ; et si l'évolution ultérieure de l'affection permettait d'établir le diagnostic clinique précis de fièvre typhoïde, on était alors tenté d'admettre que les prodromes étaient passés inaperçus.

Le mode d'invasion lent et progressif se reflète tellement dans les écrits classiques que les lois établies par *Wunderlich* apparaissent comme la quintessence des idées régnantes. Ces lois, irréfutables d'après son auteur, président au diagnostic de la maladie, en prenant pour critérium les données de la température du début.

D'après ces lois, l'ascension initiale de la température n'est pas brusque, elle est graduelle, mais constante ; c'est-à-dire que, malgré la rémission du matin, la chaleur d'un jour dépasse toujours d'une quantité notable celle du jour précédent. Le thermomètre s'élève, en général, d'un degré et demi par jour ; mais comme la rémission est en moyenne d'un demi degré, la différence effective d'un soir au soir précédent n'est que d'un degré. En fait, ce stade conduit *progressivement* la température au maximum qu'elle doit présenter. M. *Jaccoud* l'a appelé, pour ce motif, stade des

oscillations ascendantes. Il a une durée moyenne de 5 à 6 jours.

Voici d'ailleurs deux des lois que *Wunderlich* a formulées : « Un malade dont la température atteint ou dépasse 40° les 2^e, 3^e, et 4^e jours n'a certainement pas la fièvre typhoïde. Une maladie dans laquelle la température observée pendant la moitié de la première semaine s'élève progressivement et avec des rémissions matinales jusqu'à 40° degrés environ est une fièvre typhoïde. »

Dans les chapitres suivants, nous montrerons qu'une ascension brusque de la température peut d'emblée se manifester, que par conséquent les lois de *Wunderlich* ne doivent pas être admises sans conteste ou du moins que des exceptions à ces lois peuvent exister assez fréquemment.

CHAPITRE II

Historique.

En étudiant la littérature médicale qui a trait au mode de début de la fièvre typhoïde, on s'aperçoit immédiatement que peu d'auteurs se sont attachés à décrire ou même à mentionner la particularité qui nous intéresse.

De temps à autre seulement, on en trouve une description claire et précise, mais qui paraît, dans la suite passer inaperçue.

Chomel, semble être le premier, qui en 1834, dans ses *leçons cliniques*, appelle l'attention sur les modes d'invasion variables de la dothiéntérie et insiste même particulièrement sur la grande fréquence de certains débuts brusques.

« L'invasion de la fièvre typhoïde, dit-il, n'a pas constamment lieu de la même manière : dans un cer-

tain nombre de cas, les phénomènes propres au début sont précédés de préludes particuliers ; mais **le plus souvent** l'invasion est soudaine, elle a lieu inopinément *au milieu des apparences de la plus belle santé*, et sans qu'aucun symptôme précurseur l'ait annoncée. »

Longtemps après, *Maurice Raynaud*, dans ses cliniques de Lariboisière, en 1876, nous signale la possibilité de débuts anormaux, sans préciser cependant l'envahissement soudain :

« Un caractère à noter, dit-il, c'est la bizarrerie du début. Dans nombre de cas par exemple, le premier symptôme qui éveille l'attention consiste en des douleurs rhumatoïdes qui, au premier abord, ont pu donner le change sur la nature de la maladie... D'autres fois c'est un violent torticolis qui ouvre la scène.

« Dans d'autres cas, ce sont des phénomènes catarrhaux, enchiffrement, toux, qui prédominent, c'est à s'y méprendre, l'invasion de la grippe. »

En réalité on avait semblé oublier pendant un demi-siècle la note si personnelle et si catégorique de *Chomel*, car ce n'est qu'en 1884 que nous trouvons dans les cliniques de *Guéneau de Mussy* une description qui s'en rapproche. Nous lisons en effet dans ses leçons de l'Hôtel-Dieu les lignes suivantes : « Souvent, sans aucune cause appréciable, ou d'autres fois avec le concours d'une circonstance accidentelle, d'un écart de régime, d'une fatigue musculaire, ou d'une émotion morale, la maladie éclate **soudainement**, *sans aucun*

phénomène précurseur ; souvent la maladie **fait explosion**. »

Et dans une note, *Gueneau de Mussy* ajoute : « j'ai pu, dans ma propre famille, observer plusieurs fois l'*absence absolue* de prodromes : la maladie débute *d'emblée* avec violence après des fatigues et des exercices physiques excessifs qui témoignaient de l'excellence et de l'intégrité de la santé avant son explosion. »

Mais, malgré les opinions si catégoriques de ces deux auteurs, leurs observations restent isolées, puisque aucun cas nouveau ne vient confirmer le bien-fondé de leur description.

Cette forme a cependant été particulièrement observée chez les enfants où le début brusque semble être fréquent.

Jules Simon prétendait, il est vrai, que les phénomènes prodromiques *ne font jamais défaut* dans la fièvre typhoïde. Mais la plupart des auteurs sont loin d'être aussi absolus et attirent l'attention sur ce mode de début particulier.

« Rappelez-vous, dit *Cadet de Gassicourt* dans ses leçons cliniques de 1882, que le début peut être brusque, que la fièvre typhoïde peut éclater en pleine santé apparente et que ce genre de début, sans être assurément commun, n'est peut-être pas aussi rare qu'on le pense... Cette manière de voir n'est d'ailleurs ni originale ni nouvelle..., mais ce mode de début *me paraît souvent mis en oubli, telle est la raison de mon insistance*. »

Pour *Rilliet* et *Barthez* « le début brusque ne saurait être révoqué en doute et serait sans doute reconnu fréquent si le début de la maladie ne passait presque toujours inaperçu, à l'hôpital surtout. »

Enfin *Marfan*, dans le *Traité des maladies de l'enfance*, parle du début qui, chez l'enfant, « est plus rapide, moins traînant que chez l'adulte. La fièvre, dit-il, atteint assez vite son acmé; dès le deuxième jour elle est parfois à 40°, contrairement à la loi de *Wunderlich*. »

C'est pendant l'année 1900, à la suite d'une discussion sur la fièvre typhoïde consécutive à la grippe, que la question du début brusque a été reprise.

M. F. *Widal* attire l'attention sur ce point dans la séance du 8 juin et MM. *Sevestre*, *Merklen*, *Hirtz*, *H. Vincent*, *Parmentier*, *Moutard-Martin* apportent leur contribution à l'étude de cette intéressante variété, qui doit être désormais définitivement admise.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

En dehors des modes d'invasion lents et insidieux bien connus de tous et qui marquent le premier stade de la fièvre typhoïde commune, il existe un début spécial, un début brusque, un début « brutal », suivant l'expression de *Hirtz*. Le malade qui la veille, souvent le jour même, était absolument bien portant, vaquait à ses occupations ordinaires, « passe brutalement de l'état de santé à l'état de maladie en brûlant une étape, celle de la période d'incubation. Si la fièvre typhoïde débute en général par une période d'incubation plus ou moins longue, elle peut par exception éclater d'une façon brusque et violente, à la façon d'une pneumonie, et surprendre brutalement un organisme en pleine santé » (F. Widal).

Sans aucune cause apparente, sans aucun prodrome, survient le plus généralement un frisson, soit unique ou violent, soit plus faible ou répété, accompagné de fièvre élevée. Dans les cas où les observateurs ont pu prendre aussitôt la température, ils ont trouvé chez leurs malades une ascension thermique immédiate ; la température atteignait : 39° (obs. VIII, XXI, XXII) ; 39°6 (obs. IX, XIII) ; 40° (obs. XIV).

Dans les autres cas où les malades ont pu être observés dès le début, on note que la température prise le soir ou le lendemain était très élevée (obs. XVI).

Puis le malade ressent de la céphalalgie, violente le plus souvent, accompagnée de courbature, d'anorexie et il est obligé de prendre le lit. Cette symptomatologie a fait souvent penser à la grippe ; mais l'évolution a toujours montré qu'il s'agissait en réalité d'une dothiéntérie bien caractérisée.

Dans d'autres cas, ce n'est pas le frisson qui ouvre la marche. Tantôt, ce sont des coliques plus ou moins violentes, subites, siégeant le plus souvent à droite de l'ombilic (obs. I), quelquefois siégeant dans la fosse iliaque droite (obs. XVIII), accompagnées ou non de diarrhée (obs. VIII, XI) ; quelquefois, ne se manifestent que de vagues douleurs abdominales, (obs. XII) ; dans un cas (obs. III), ces douleurs, que la malade comparait à une sorte de constriction lui donnant la sensation d'étouffement, étaient localisées au creux épigastrique. Mais toujours, à ces symptômes douloureux du côté de l'intestin, s'ajoutent la céphalalgie, l'inappétence, la faiblesse, qui condamnent d'emblée le

malade au repos au lit. Ces phénomènes sont généralement accompagnés ou suivis de nausées et de vomissements.

Tantôt encore c'est un vertige qui apparaît soudain, suivi bientôt d'un accès fébrile. (Obs. XXI).

D'autres fois enfin, on trouve, comme l'a décrit *Maurice Raynaud*, un début s'annonçant soudainement par des douleurs rhumatoïdes ou un violent torticollis. *Chomel* note chez un malade une douleur subite « dans le col et les membres » (Obs. X) ; *Widal* rapporte le cas d'un de ses malades qui, en même temps que le frisson et la céphalalgie ressent une brusque douleur dans les deux genoux (obs. XIX).

En résumé, nous pouvons dire que, du moins chez l'adulte, la fièvre typhoïde peut débiter brusquement par les symptômes que nous venons de décrire, symptômes nullement pathognomoniques et qui ne permettent un diagnostic précis que par l'étude attentive et approfondie de chaque cas particulier.

Nous devons cependant noter que chez l'enfant, où la forme que nous décrivons est moins rare, la réaction du début brusque se fait par son mode habituel : nausées, vomissements, fièvre intense, agitation. (Obs. XIII et XIV).

Les vomissements initiaux ont d'ailleurs été l'objet d'une remarque particulière de *Cadet de Gassicourt*. Ces vomissements sont en effet très abondants et durent quelquefois pendant 36 heures.

A ces vomissements s'ajoutent une céphalalgie violente, accompagnée d'une fièvre atteignant très rapi-

dement son maximum, et cet ensemble symptomatologique contribue souvent à faire hésiter le diagnostic.

~~~~~

## CHAPITRE IV

---

### Étiologie et Pathogénie.

La fièvre typhoïde, nous le savons, est une maladie infectieuse qui a pour agent un microbe spécifique, le bacille d'Eberth.

En examinant l'étiologie habituelle de cette affection, nous trouvons qu'un ensemble de circonstances est nécessaire pour son développement et que la prédominance de l'une ou l'autre de ces conditions peut lui donner un cachet particulier en faisant naître des formes variables.

En effet, pour que cette affection se développe, il ne suffit pas que le microbe pathogène existe dans l'organisme ; il faut que ce dernier, affaibli par des raisons d'ordres divers, ne puisse résister à l'attaque dans la lutte engagée.

Dans certains cas particuliers (épidémicité, influences atmosphériques, association à d'autres micro-organismes), le bacille d'Eberth acquiert une virulence toute spéciale. Il peut rencontrer alors un organisme qui fournisse lui-même un terrain spécial. C'est l'association de ces deux particularités qui peut, croyons-nous, favoriser les formes que nous nous sommes proposé de décrire.

Nous allons passer en revue les facteurs qui peuvent entrer en ligne de compte pour donner naissance à la maladie, et essayer de voir en même temps dans quelle mesure ils peuvent favoriser l'éclosion d'un début brusque.

L'agent spécifique existe sous une forme très atténuée, à l'état de germe presque banal dans l'eau, les poussières, l'air, etc. Il se réveille, lorsque certaines circonstances lui deviennent favorables. On admet, par exemple, que son passage successif dans plusieurs organismes (épidémicité) peut exalter sa virulence, que l'association de différents microbes, est capable d'agir dans le même sens ; enfin que des conditions spéciales à l'individu permettent aux bacilles d'acquérir une énergie toute particulière.

« Quand le microbe pathogène de la fièvre typhoïde a pénétré dans l'intestin, dit *Hanot* dans ses leçons cliniques, il ne s'y trouve pas comme dans un milieu de culture de laboratoire ; le champ est déjà occupé par d'autres germes qui vont être à son égard, selon l'expression de *Melchnikoff*, des agents empêchants ou favorisants. Diminué ou exalté dans ce premier conflit,

il envahit des organismes qui lui opposent des résistances différentes suivant l'âge, le sexe, le milieu social, les prédispositions constitutionnelles, les tares morbides antérieures. De là, des variantes multiples de la dothiéntérie.

« Les variantes des périodes prodromiques ne doivent pas étonner ; on sait à quelles conditions multiples la pathogénie des maladies infectieuses est subordonnée. L'organisme peut être plus ou moins prédisposé par des tares morbides antérieures ; le germe incriminé est plus ou moins virulent ou s'associe à d'autres agents pathogènes. Le microbe ne détient pas tout le pouvoir morbifique ; l'individu a sa part aussi. »

La part qu'apporte l'individu dans l'exaltation de la virulence du bacille d'Eberth constitue le terrain. Nous trouvons, dans un grand nombre d'observations, que la résistance de l'individu était diminuée par des fatigues de toutes natures, surmenage physique, surmenage intellectuel, chagrins, émotions vives, maladies antérieures, etc.

Au point de vue pathogénique, *Péter* a émis une opinion très ingénieuse : pour lui, l'intestin contient toujours le microorganisme de la fièvre typhoïde qui serait inoffensif à l'état normal. Surviennent une modification quelconque dans la santé de l'individu, surmenage, par exemple, et le microbe trouvant un terrain favorable, la maladie se développe ; c'est ce qu'il appelle *l'autolyphisation*.

Dans un même ordre d'idées, *Marfon* écrit : « Si les recherches de MM. *Rodet* et *Roux* (de Lyon) sont

confirmées, c'est-à-dire s'il est démontré que le bacille d'Eberth n'est qu'une modification du bacille commun du côlon, on ne pourra plus croire que la cause unique de la dothiéntérie est la contagion par l'eau ; il faudra admettre qu'il y a des cas où le bacille commun du côlon a gagné sa virulence dans *l'organisme lui-même*, sous l'influence de modifications *dans le milieu intérieur*.

Or, ne savons-nous pas que le surmenage est un des facteurs qui modifient le plus profondément le milieu intérieur ? »

« Il semble que la fatigue, dit *Charrin*, dans le *Traité de pathologie générale*, diminue la résistance aux maladies microbiennes, elle favorise leur développement, aggrave leur évolution.

« Si les armées en campagne sont souvent décimées par les fièvres infectieuses, le travail excessif imposé aux soldats n'est pas le seul facteur étiologique qu'on puisse invoquer ; il faut encore tenir compte des émotions, des privations, de l'encombrement des camps, des mauvaises conditions hygiéniques. »

Tous les auteurs s'accordent donc à reconnaître l'influence du surmenage, qui met l'individu en état de moindre résistance. Il en est de même d'une maladie antérieure, car celle-ci prépare le terrain et favorise ainsi l'évolution d'une nouvelle infection.

Cette influence réciproque de deux maladies a été particulièrement remarquée ces dernières années à propos de la coïncidence et de l'évolution simultanée ou consécutive de la fièvre typhoïde et de la grippe.

Dans la séance du 8 juin 1900, le professeur *Potain* a particulièrement insisté sur cette infection mixte dont il rapporte plusieurs cas.

En étudiant les observations publiées, on voit qu'il y avait primitivement infection grippale, évoluant tout d'abord pour son propre compte, et c'est sur elle que venait se greffer une infection éberthienne. Les deux entités morbides, tout en se succédant, se prêtent un mutuel appui, la deuxième trouvant un terrain tout préparé, qui favorise son développement. Le professeur *Potain* pensait ainsi lorsqu'il disait que le microbe de Pfeiffer ou les troubles nutritifs qui accompagnent et suivent l'infection grippale favorisent l'infection par le bacille d'Eberth.

A côté de cette association, nous n'oublierons pas de mentionner la forme particulière décrite par *Millée* (thèse de 1884) et *Sabathier* (thèse de 1899) dans laquelle la fièvre typhoïde présente à son début des phénomènes qui rappellent absolument la grippe.

Ces cas, observés pendant des épidémies de grippe, ne débutaient pas brusquement, et ne différaient de la fièvre typhoïde commune que par la particularité des symptômes du début.

Y a-t-il dans ces cas une évolution subintrante des deux maladies, ou ces signes d'apparence grippale sont-ils une modalité particulière de l'affection typhique au début. Voilà ce qu'il est difficile de préciser.

De toutes façons, nous pouvons dire que, dans les formes qui nous occupent personnellement, l'influence des associations microbiennes doit jouer un rôle capi-

tal. Quel est le micro-organisme qui s'associe, dans ces cas de début brusque, au bacille d'Eberth? Est-ce le bacille de Pfeiffer, est-ce le coli-bacille, ou quelque microbe saprophyte ou pathogène de l'intestin? Il est encore impossible de répondre à cette question en l'état actuel de la science.

Malgré l'incertitude qui existe à ce sujet, on a émis l'hypothèse que ce mode de début par un violent frisson, semblable à celui de la pneumonie, pourrait s'observer surtout chez les sujets atteints de paludisme. *Vincent* a même observé plusieurs faits qui viennent à l'appui de cette opinion. Mais, dit-il, il n'y a pas lieu d'admettre toujours pareille étiologie.

Un point sur lequel nous avons des données plus sûres au sujet du début soudain, c'est l'influence du terrain. Quoique plusieurs observations soient muettes sur les circonstances qui ont précédé l'invasion, dans la plupart d'entre elles nous trouvons nettement indiqués la fatigue, le surmenage physique ou intellectuel, les émotions vives, chagrins, maladies antérieures, etc.

*Guéneau de Mussy* avait d'ailleurs déjà insisté sur ce point lorsqu'il disait que « la maladie débutait d'emblée avec violence *après des fatigues et des exercices physiques excessifs* qui témoignaient de l'excellence et de l'intégrité de la santé avant son explosion ».

Dans l'observation I, la malade qui exerçait la profession de caissière, et avait, de par cette occupation, de nombreux soucis, travaillait nuit et jour avant de tomber brusquement malade.

Dans l'observation V, une jeune ouvrière, d'ailleurs chlorotique, travaillait des journées entières à repasser le linge dans une chambre surchauffée.

L'observation VI est celle d'une domestique qui, en plus des soins du ménage, était obligée de frotter le parquet et de laver le linge.

Un malade de *Widal* (obs. XV), un autre malade de *Hirtz* (obs. XXIV) dansent gaiement pendant plusieurs heures le 14 juillet, et la maladie débute brusquement dès que les individus rentrent chez eux.

Dans l'observation de *Parmentier* (obs. XXV), un jeune homme, candidat à l'Ecole polytechnique tombe malade soudainement après une journée de chasse : la fièvre typhoïde avait été favorisée par un surmenage intellectuel datant de longue date, et son début avait éclaté à la suite d'un surmenage physique.

*M. Siredey* a également observé plusieurs cas de fièvre typhoïde à début brusque chez des jeunes gens, au moment où ils se présentaient à l'Ecole Polytechnique ou à l'École Centrale ; — quelques-uns ont pris le lit le lendemain ou le soir même de la composition écrite.

Notre ami, le *D<sup>r</sup> Cotar*, nous communique une observation (Obs. IX) d'un malade qui après un surmenage prolongé se présente à un examen difficile ; aussitôt après l'épreuve écrite, il se sent mal à l'aise, rentre immédiatement chez lui avec des frissons, de la fièvre (39°6) le soir même, et fait une fièvre typhoïde très grave, dont il meurt quinze jours après.

L'observation III nous montre une malade qui, ayant appris une nouvelle inattendue, en éprouve un grand chagrin, et la fièvre éclate le lendemain ; chez un malade de Chomel (Obs. XII), c'est un profond ennui qui a précédé le début soudain.

En ce qui concerne les affections antérieures capables de favoriser l'éclosion du début soudain, nous trouvons que la malade de l'observation II avait été affaiblie par une grippe contractée trois mois auparavant ; la jeune repasseuse de l'observation V était chlorotique, et le malade de l'observation XVIII était tuberculeux depuis quatre ans.

En résumé, nous le voyons, dans la plupart des cas publiés, toutes les causes qui sont capables de déprimer l'organisme peuvent aussi permettre à la maladie de faire brusquement explosion.

Mais c'est surtout dans l'armée que cette notion se vérifie couramment. On a vu des épidémies, qui décimaient un régiment, cesser le jour où on changeait de colonel. La fièvre typhoïde frappe les troupes soumises à des manœuvres supplémentaires, à des marches forcées. Des soldats en garnison dans une ville, dit M. *Kelsch*, sont indemnes de fièvre typhoïde ; ils partent en manœuvres, parcourent les campagnes, passent leurs journées au grand air, logent dans des villages où la **maladie n'existe pas** et la fièvre typhoïde éclate...

C'est même là, comme dit M. *H. Vincent*, une application de la théorie du microbisme latent, à l'étiologie de la fièvre typhoïde. (*Kelsch, Vaillard.*)

Un grand nombre de médecins militaires ont observé des cas de début brusque à la suite de manœuvres, de marches forcées.

M. *Rendu* a même eu l'occasion d'assister à l'éclosion de plusieurs cas de cette nature et il nous les décrit en ces termes :

« J'ai été témoin, il y a quatre ans, d'un fait qui m'a frappé, car il justifiait complètement en apparence la théorie de l'auto-typhisation, soutenue jadis par Peter. Je me trouvais en vacances dans les Hautes-Alpes, voyant de près les manœuvres d'un bataillon de chasseurs alpins dont je connaissais le commandant. A la suite d'une marche longue pour franchir un col difficile, quatre hommes du bataillon sont pris, le lendemain matin, de fièvre, de mal de tête et d'état saburral. Le médecin-major du régiment me prie de les voir, et nous concluons tous deux à de l'embarras gastrique fébrile dû probablement à du surmenage.

Or, ces embarras gastriques qui s'étaient déclarés sans aucun prodrome étaient bel et bien des fièvres typhoïdes qui évoluèrent classiquement et qui furent assez graves. Il est à remarquer que dans le village où étaient campés ces soldats, il n'y avait pas de fièvre typhoïde et que jusque-là le bataillon n'avait eu aucun homme contaminé. Le surmenage avait donc éveillé chez ces sujets le microbisme latent. »

M. Léopold-Lévi, faisant en 1893 un stage de médecin auxiliaire dans les Alpes, fut frappé plusieurs fois de constater un début brutal de fièvre typhoïde

chez un grand nombre de chasseurs alpins soumis à un surmenage physique notable.

De l'ensemble de ces faits, il résulte que le début brusque reconnaît vraisemblablement pour cause première une virulence exagérée du bacille, virulence due sans doute à une association microbienne plus ou moins déterminée (bacille de Pfeiffer, hématozoaire de Laveran, etc.). Que, dans ces conditions spéciales, le bacille rencontre un milieu favorable dans le mauvais état du terrain, rendu inapte à la résistance par un surmenage particulier, et voilà réunis deux facteurs qui, selon nous, semblent favoriser l'éclosion soudaine de la maladie.

Mais avant de terminer ce chapitre, nous voulons attirer l'attention sur un point très important au point de vue pathogénique, c'est l'apparition précoce du séro-diagnostic dans cette forme spéciale.

Quand la fièvre typhoïde, en effet, débute normalement, la réaction agglutinante n'apparaît en général qu'à la fin du premier septenaire, à une époque par conséquent où la maladie s'est complètement développée.

Par contre, dans le cas de début brusque, elle a été constatée de très bonne heure. Chez un des malades de M. Widal, elle existait au 6<sup>e</sup> jour, chez un autre, le jeune pâtissier, au 5<sup>e</sup> jour, chez une autre malade, enfin, observée en ville, au 3<sup>e</sup> jour. « Ce sont là, ajoute M. Widal, les cas les plus précoces de séro-diagnostic qu'il m'ait été donné d'observer. »

On est de suite frappé de cette particularité qui

paraît difficile à expliquer. La maladie présente-t-elle, dans ce cas, des prodromes silencieux qui passent inaperçus du malade lui-même, ou bien la rapidité de l'invasion peut-elle retentir si violemment sur l'organisme que celui-ci répondrait en réagissant avec la même brusquerie ?

M. F. Widal semble se ranger à la première de ces opinions lorsqu'il conclut en disant que « la constatation de la réaction agglutinante faite à une date si précoce dans le sang de ses malades, prouve qu'avant l'explosion brutale des accidents, le bacille typhique devait déjà germer *silencieusement* dans l'organisme ».



## CHAPITRE V

---

### **Diagnostic.**

La fièvre typhoïde, est-il dit dans les traités classiques, est une affection que l'on peut diagnostiquer dans la majorité des cas.

Ce diagnostic n'est possible qu'au bout de quelques jours, les phénomènes prodromiques ne permettant pas de poser immédiatement une étiquette certaine à la maladie; il est vrai aussi que, peu de jours après, le séro-diagnostic de Widal vient lever les hésitations que l'on peut encore avoir.

Il n'en est pas de même de la forme que nous décrivons. La brusquerie même du début fait penser à toute autre chose, notre éducation médicale dirigeant forcément nos idées vers un certain nombre d'affections qui ont d'ordinaire ce début soudain : nous vou-

lons parler des états morbides sans détermination nette qui peuvent simuler une dothiëntenterie commençant brusquement: *l'embarras gastrique fébrile primitif*, le *typhus*, la *fièvre herpétique*, les *fièvres paludéennes*, la *pneumonie*, la *grippe*, l'*appendicite*, et chez les enfants les *fièvres éruptives*, *scarlatine*, *rougeole*, *variole*, enfin la *méningite cérébro-spinale*.

*L'embarras gastrique fébrile primitif* s'accompagne de vomissements, de souffrances abdominales, de diarrhée douloureuse; il ne provoque pas de vertige ni de fièvre prolongée.

*Le typhus pétéchiol* se distingue, outre sa contagion pour l'entourage du malade, par la stupeur rapide, par l'état typhique très accentué, le facies congestif, l'absence de phénomènes intestinaux, enfin lorsque l'éruption apparaît, par son exanthème si spécial.

*La fièvre herpétique* ne sera confondue avec cette forme que si l'éruption se dissimule en certaines régions du corps, les organes génitaux-par exemple. Un examen minutieux ne tarde pas à lever tous les doutes. Une crise de *fièvre paludéenne* pourrait induire en erreur; mais l'évolution même de cette crise avec ses trois stades, et les antécédents du malade, permettront de faire le diagnostic.

Il sera très difficile de la différencier de la *typho-malarienne*. Dans les pays à malaria, en effet, on observe des formes atypiques de fièvre typhoïde dans lesquels les rémissions et les exacerbations quotidiennes sont très prononcées. La question du diagnostic se complique de ce fait que dans certaines régions

(l'Algérie par exemple), il existe des fièvres paludéennes à type continu et rémittent qui ne sont différenciées de la dothiéntérie que par l'épreuve de la quinine. Quand les deux infections marchent de pair, le diagnostic est difficile, s'il ne s'appuie pas sur la recherche dans le sang et dans la rate des hématozoaires de Laveran et du bacille typhique et surtout sur le séro-diagnostic.

Dans la *pneumonie*, le point de côté et les signes d'auscultation pulmonaire seront d'un grand secours. Une forme encore assez souvent observée et qui présente de grandes difficultés de diagnostic, est la *pneumo-typhoïde*, dont le début brusque se fait par des symptômes combinés de pneumonie et de fièvre typhoïde. Mais l'auscultation pulmonaire très minutieuse permettra de localiser le processus, puisque « la détermination principale de la fièvre semble se faire d'emblée sur le poumon plutôt que sur le tube digestif. » (Lépine). Du reste, certains auteurs ont décrit cette maladie comme une forme spéciale de fièvre typhoïde débutant par des signes pulmonaires. Pour d'autres, le pneumo-typhus est un exemple d'association microbienne.

Le diagnostic le plus délicat est celui de la *grippe* ; certains cas de début brusque de fièvre typhoïde, en effet, ressemblent tellement à une grippe que l'on est obligé d'y penser. Nous croyons néanmoins que dans la grippe, la céphalalgie est plus violente, la courbature plus généralisée, les douleurs rhumatoïdes plus tenaces, la névralgie orbitaire plus fréquente, l'état de

la langue enfin typique. Ce sont il est vrai des nuances, mais l'étude attentive de ces caractères différentiels pourra faire penser au début particulier que nous signalons.

Le diagnostic avec *l'appendicite*, présente également parfois de réelles difficultés. Pourtant, dans la majorité des cas, on trouvera que le point douloureux est nettement localisé dans la fosse iliaque droite ; la palpation de l'abdomen dénote une douleur subite et exquise, localisée le plus souvent au point de Mac Burney ; à ces signes, s'ajoutent la défense musculaire et l'hypesthésie cutanée.

Dans la fièvre typhoïde à début brusque par contre, la douleur est plus diffuse, plus supportable, et accompagnée le plus généralement d'un frisson unique ou répété. Quant aux autres signes du début, ils peuvent se rencontrer aussi dans l'appendicite, ce qui rendra le diagnostic particulièrement épineux.

Chez les enfants, on peut le confondre avec :

Une *scarlatine*, mais l'état de la gorge et de la langue sera d'un grand secours ;

Une *rougeole*, mais le catarrhe oculo-nasal et bronchique, l'éruption de la muqueuse palatine et pharyngée, le signe de Koplik, ne permettent pas de faire cette erreur ;

Une *variole* dont elle diffère par la rachialgie ;

Enfin avec une *méningite cérébro-spinale*, dans laquelle la céphalalgie est atroce et accompagnée de rachialgie ; la face est grimaçante et la tête renversée

en arrière, les symptômes abdominaux nuls ou peu importants.

Malgré cette énumération, nous croyons que le diagnostic est très difficile et restera en suspens dans la majorité des cas, les principaux signes de la fièvre typhoïde ne survenant qu'ultérieurement. Il faudra tenir compte des circonstances particulières dans lesquelles la maladie a débuté : l'épidémicité, le manque d'acclimatement dans les grandes villes, enfin les fatigues antérieures seront de précieux auxiliaires. En dépit des nombreuses présomptions, le diagnostic ne sera posé d'une façon définitive que le jour où apparaîtront les taches rosées et que le séro-diagnostic permettra d'être affirmatif ; la constatation précoce de ce dernier signe en sera la pierre de touche.

Il serait cependant particulièrement intéressant de savoir dépister la maladie à son début et cela au point de vue du traitement. La balnéothérapie a pris de nos jours une importance prépondérante. Or la formule de Brand, dit Legry, comporte comme condition assurant le succès l'emploi du bain dès le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour. Glénard est même allé jusqu'à dire que « toute fièvre typhoïde traitée régulièrement dès le début par l'eau froide sera exempte de complications et guérira. »

Sans vouloir insister ici sur la valeur et le bien-fondé de cette opinion, nous croyons qu'il y a avantage, au point de vue thérapeutique, à envisager au plus tôt la possibilité d'une dothiénenterie commençante ; comme nous l'avons du reste dit dans l'avant-propos, nous avons voulu, suivant la remarque de M. Widai, atti-

rer surtout l'attention du pathologiste en montrant qu'il faut savoir penser à la fièvre typhoïde alors même que le début de la maladie n'a pas été lent et insidieux.

## CHAPITRE IV

---

### **Pronostic.**

Le pronostic de la fièvre typhoïde à début brusque est difficile à établir d'une façon absolue, le nombre relativement restreint des observations ne fournissant pas une base suffisante pour établir une statistique.

M. Merklen relate un cas dans lequel la maladie présenta une forme hyperthermique sans rémission matinale, qui se termina néanmoins par la guérison. M. H. Vincent avait remarqué chez quelques uns de ses malades d'Algérie une symptomatologie plus grave, une marche plus prolongée et un pronostic plus sérieux.

Pour M. Widal, par contre, la marche de la maladie a été en général normale et bénigne. Il n'a rencontré qu'un cas mortel et il s'agissait d'un malade tuberculeux depuis quatre ans.

« D'après certains auteurs, dit M. Sevestre, le début brusque serait généralement en rapport avec une forme grave de la maladie ; je ne crois pas que cette opinion soit toujours exacte, car j'ai vu plus d'une fois des fièvres typhoïdes bénignes qui avaient débuté brusquement. »

Sur les neuf observations personnelles que nous présentons, nous avons à noter quatre cas de mort. Si nous devions nous en tenir uniquement à cette constatation, nous pourrions dire que cette forme présente une gravité toute particulière. Mais l'issue normale de la plupart des cas publiés par les autres observateurs ne nous permet pas de trancher la question d'une façon définitive.

---

## OBSERVATION I (1)

(Personnelle).

*Fièvre typhoïde à début brusque, phénomènes cérébraux. Mort.*

R... Julie, 35 ans, caissière. Entre à Andral, dans le service de M. Mathieu le 7 juillet 1900. Depuis environ quatre mois, la malade *était surmenée par un travail quotidien exagéré*; souvent sa profession l'obligeait encore, après avoir travaillé sa journée entière, à veiller le soir. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, *alors qu'elle était bien portante le soir en se couchant* elle fut réveillée vers 6 heures du matin par des coliques très violentes et plus accusées à droite de l'ombilic. Elle ne put se lever tant les coliques étaient intenses. Bientôt elle fut prise de céphalée, de courbatures, de nausées et de sueurs abondantes. Elle eut en même temps de la fièvre et des frissons, pas d'épistaxis.

Sur l'ordonnance de son médecin, elle prit de l'huile de ricin, et deux jours après de la magnésie.

L'état de la malade s'aggravant, elle entre à l'hôpital.

A l'examen de la malade, on constate que la langue est humide et blanchâtre.

Depuis le début l'insomnie est constante; pas de délire ni de stupeur.

(1) Les observations I à VII ont été prises à la salle des femmes de l'hôpital Andral, confiée alors à la direction de M. le docteur Léopold-Lévi.

La rate est volumineuse, perceptible dans une étendue de 7 cent. Le ventre est ballonné et sensible à la palpation de la fosse iliaque droite, on constate la présence de taches rosées.

Température : 40°. Pouls : 100

Respiration : 24 à la minute.

Un peu d'albumine dans les urines.

8 juillet. — La malade se plaint de douleurs violentes dans le ventre, qui est ballonné et douloureux à la pression.

La langue est blanchâtre, humide, trémulente.

Céphalée très violente. Vertiges, bourdonnement d'oreille.

Rétention d'urine.

Bains à 24°. Séro-diagnostic positif.

L'état est stationnaire jusqu'au :

16 juillet. — État de stupeur prononcé. Surdité intermittente. Langue très chargée. Le cœur faiblit. On administre de la digitale. Flot d'albumine dans les urines.

La température oscille entre 39° et 40°.

Apparition d'une eschare sacrée.

A partir de ce moment, l'état s'aggrave de jour en jour, et le 14 août, la malade meurt après avoir présenté des phénomènes cérébraux.

L'autopsie n'a pu être faite.

---

## OBSERVATION II

(Personnelle).

### *Fièvre typhoïde à début brusque. Guérison.*

P... Rosa, âgée de 28 ans, mécanicienne, entre à Andral, dans le service de M. Mathieu, le 5 avril 1900.

La malade a fait, il y a trois mois, *une grippe qui dura huit jours et dont elle ne s'est jamais remise complètement*. Il y a dix jours, après avoir dîné comme à l'ordinaire, elle fut invitée par une amie à aller au théâtre. *Elle y passa gaiement la soirée*, mais, en sortant, à minuit, elle éprouva tout à coup de violents frissons, des vertiges ; les dents se mirent à claquer, et la malade dut rentrer rapidement pour se mettre au lit.

Elle dit qu'elle ne put dormir pendant la nuit, que le lendemain elle était courbaturée, ressentait de violents maux de tête, une forte fièvre et son appétit avait disparu.

Un peu de bronchite existait à ce moment, pas d'épistaxis.

5 avril. — Ces accidents ayant persisté depuis, on la trouve le jour de l'entrée à l'hôpital dans l'état suivant :

Abattement ; douleurs dans les membres inférieurs.

Anorexie, soif assez vive, langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre

Ventre ballonné, douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. Taches rosées très abondantes sur l'abdomen, étendues même sur les bras et les avant-bras, matité splénique de 5 centimètres.

Pouls à 96, bien frappé.

Température : 39°7.

Les urines contiennent une petite quantité d'albumine.

6 avril. — Sero-diagnostif positif.

La température atteint 40°. On donne des bains à 25°.

7 avril. — Pouls : 82. Respiration : 36.

Température : 38°4.

Le cours de la maladie évolue normalement et la malade sort de l'hôpital guérie le 13 mai.

### OBSERVATION III

(Personnellè.)

*Fièvre typhoïde à début brusque. Hémorrhagie intestinale.*

*Guérison.*

Th... Aline, âgée de 26 ans, modiste, entre le 8 mai 1900, à Andral, dans le service de M. Mathieu.

Le 28 avril, la malade, *apprenant une nouvelle inattendue, éprouva, dit-elle, un grand chagrin.* Elle continua néanmoins ses occupations ordinaires jusqu'au lendemain, lorsqu'elle ressentit brusquement une douleur, une sorte de constriction lui donnant la sensation d'étouffement, au niveau du creux épigastrique. En même temps apparaissent des frissons, des vertiges, une céphalée assez marquée, la malade est courbaturée, elle est obligée de s'aliter le soir même.

Depuis cette époque, son état ne s'est pas sensiblement modifié : lourdeurs de tête, douleur stomacale, anorexie, insomnies.

En entrant à l'hôpital, la malade présente les symptômes suivants : la langue est saburrale, rouge sur les bords. L'appétit est nul, la soif assez vive. Le ventre est légèrement ballonné. Douleur dans la fosse iliaque droite.

La pression est très douloureuse au niveau du creux épigastrique.

Rate très volumineuse et douloureuse à la percussion.

Taches rosées sur l'abdomen.

Température : 40°2. Pouls : 96.

Urines albumineuses.

10 mai. - Séro-diagnostif positif.

L'état est stationnaire ; la malade a des vomissements.  
Pouls : 96. Température : 39°6.

11 et 12 mai. — Pas de modifications.

Température : 39°8. Pouls : 100.

13 mai. — Pouls : 112. La température, qui était le matin à 39°4, tombe à midi à 38. Il se fait une hémorrhagie intestinale caractérisée par des selles diarrhéiques et sanglantes.

15 mai. Les selles sont noirâtres, la température oscille entre 38°5 et 39°5. Incontinence d'urine.

16 mai. — Un lavement administré le soir provoque l'évacuation d'une assez grande quantité de liquide noirâtre.

Température : 38°8. Pouls : 108.

17 mai. — Température : 38°8. Pouls : 108.

A partir de ce moment, les phénomènes s'amendent, les selles deviennent normales et la malade entre bientôt en convalescence.

Elle sort guérie le 7 juillet.

## OBSERVATION IV

(Personnelle.)

*Fièvre typhoïde à début brusque. Phénomènes cérébraux.*

*Mort. Autopsie.*

B .. Marthe, 20 ans, entrée dans le service de M. Mathieu, le 16 février 1900.

La malade, qui ne présente pas d'antécédents particuliers, était bien portante jusqu'au 14 février, à 6 h. 1/2.

A ce moment, elle ressentit brusquement un grand frisson, en même temps qu'une céphalée assez intense ; elle dut prendre le lit, en proie, dit-elle, à une forte fièvre.

Depuis ce temps, la fièvre a continué, la malade tousse un peu, se sent très fatiguée. Insomnie, vertiges, bourdonnements d'oreille. Epistaxis.

16 février. — Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade a les narines battantes, la langue sèche et fendillée.

Température : 39°5. Pouls : 140. Respiration : 30.

Le ventre est souple et indolore ; pas de taches rosées lenticulaires ; un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite, légère diarrhée jaunâtre.

La malade a toujours des vertiges, des bourdonnements d'oreille, du tremblement marqué, surtout aux membres supérieurs, particulièrement à droite.

Les bruits du cœur sont sourds et rapides. La rate est perceptible à la percussion. Flot d'albumine dans les urines.

Traitement : digitale, quinine, 800 gr. de sérum, champagne.

17 février. — La langue est moins sèche. Quelques taches rosées apparaissent. Délire tranquille le jour, violent la nuit. La malade est prostrée et a de l'asthénie musculaire. Ses yeux sont cernés.

Bronchite avec congestion aux bases.

Tendance aux attitudes cataleptoïdes.

Température : 40°2. Pouls : 144.

Bains à 25° toutes les trois heures.

Lait, quinine, digitale, champagne.

18 et 19 février. — Le délire continue, tranquille.

Les taches rosées augmentent de nombre. La température oscille autour de 40°2. Le pouls atteint 160 pulsations, les battements du cœur s'affaiblissent ; la prostration augmente, et le 20 février, à minuit, la malade meurt.

*Autopsie.* Poumons très congestionnés.

Traces d'endocardite végétante.

Sur l'intestin grêle et le gros intestin, on trouve de nombreuses ulcérations caractéristiques de la dothiéntérie.

## OBSERVATION V

(Personnelle).

*Fièvre typhoïde à début brusque, hémorrhagie intestinale. Mort.*

*Autopsie.*

L. . Jeanne, repasseuse, âgée de 18 ans, entre le 23 février 1900, dans le service de M. Mathieu, à Andral. La malade,

qui habite Paris depuis sept mois, *était atteinte de chlorose* ; depuis deux mois environ, elle a de temps à autre des vertiges, des étourdissements dus à la température élevée de l'endroit où elle repasse du linge toute la journée. Il y a dix jours, elle ressentit *brusquement pendant son travail*, un frisson et peu de temps après de la céphalée, puis une courbature intense. Elle dut rentrer de suite chez elle et fût prise de diarrhée et de vomissements.

Depuis ce temps, la malade a gardé le lit et continua à être courbaturée, à avoir des maux de tête, de la fièvre, de la diarrhée et des vomissements. Il y a six jours, épistaxis assez abondante.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade est très nerveuse, très impressionnable. La langue est blanche et humide, rouge sur les bords et à la pointe.

Température : 39°6. Pouls : 128.

Ventre ballonné, douloureux à la pression, gargouillement dans la fosse iliaque droite ; diarrhée abondante.

Taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et dans le dos. La rate est perceptible dans une étendue de 9 cent. 1/2. L'urine contient un flot d'albumine.

Quelques signes de bronchite disséminés dans toute la poitrine.

Traitement : Bains à 24°. Limonade vineuse. Lait.

24 février. — Séro-diagnostic positif.

Insomnie complète. Les vomissements, la céphalée, la diarrhée persistent, en même temps que se font sentir de violentes coliques.

La température reste à 39°6. Pouls : 104.

25 février. — A la suite d'un lavement, la malade fait une

hémorrhagie intestinale (évacuation d'environ un litre de sang pur); elle a de nouveau des vomissements abondants et répétés.

On administre 20 gr. de bismuth et de l'eau chloroformée.

26 février. — L'hémorrhagie a cessé, ainsi que les vomissements.

La température est à 39°. Pouls : 120.

Les phénomènes restent les mêmes jusqu'au 5 mars; à cette date, les vomissements réapparaissent, le pouls monte à 150, la température à 40°. Le délire survient, la faiblesse est extrême; on fait des injections de sérum.

L'état empire encore les jours suivants, et la malade meurt le 11 mars.

*Autopsie.* — Les poumons sont congestionnés.

Rate très volumineuse.

Sur l'iléon, ulcérations nombreuses et étendues caractéristiques de la dothientérie.

## OBSERVATION VI

(Personnelle).

*Fièvre typhoïde à début brusque. Bronchite. Eschare sacrée. Guérison.*

B... Jeanne, âgée de 23 ans, domestique, entrée dans le service de M. Mathieu, à Andral, le 16 novembre 1899.

La malade avait depuis six mois un emploi qui la fatiguait beaucoup; en plus des soins du ménage, elle était obligée de

frotter le parquet et de laver le linge. Ses occupations ne lui permettaient de *prendre qu'un sommeil insuffisant*. Il y a cinq jours, à la suite d'un refroidissement, elle ressentit *brusquement* un grand frisson suivi de fièvre, de courbature et de vertiges. La malade dut prendre le lit le jour même.

Depuis elle a des bourdonnements d'oreille, des douleurs orbitaires, de la céphalée et de l'anorexie absolue. Insomnie complète pendant trois nuits. Ces symptômes n'ont fait qu'augmenter jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital.

16 novembre. — La langue est saburrale, mais humide, les pommettes rouges. La température atteint 40°3. Pouls : 104.

Selles normales; un peu de gargouillement et de douleur dans la fosse iliaque droite. La rate est sensible à la percussion.

Cet état s'accroît encore jusqu'au 19 novembre.

20 novembre. — Apparition sur l'abdomen de quelques taches rosées; en même temps on constate que la rate est perceptible dans une étendue de 7 cent. Apparition d'une diarrhée assez abondante. Douleur plus marquée dans la fosse iliaque droite.

La langue est pâteuse. Pouls : 100. Température : 40°. Signes de bronchite aux poumons

21 novembre. — Séro-diagnostic positif. La diarrhée persiste et tous les symptômes précédents s'accroissent. Les taches rosées sont plus nombreuses que la veille.

Rate de 9 cent. Râles de bronchite plus marqués

1<sup>er</sup> décembre. — La malade est prostrée, affaiblie de plus en plus; la température à 39°8, la diarrhée persiste, ainsi que la bronchite; le cœur faiblit. Apparition d'une eschare sacrée.

Puis, vers le 12 décembre, la diarrhée cesse, le pouls s'amé-

liore, en même temps que la température descend à 38° ; la bronchite s'atténue.

A partir de ce jour, tous les symptômes s'amendent, et la malade entre en convalescence ; elle sort seulement le 29 janvier à cause de la guérison lente de l'eschare.

## OBSERVATION VII

(Personnelle)

*Fièvre typhoïde légère à début brusque. Eruption très abondante. Guérison.*

O..., Camille, âgée de 18 ans, couturière, entre le 19 juin 1900 dans le service de M. Mathieu, à Andral.

*Antécédents héréditaires.* — N'a pas connu sa mère. Père bien portant. Un frère atteint en ce moment de fièvre continue (?). Habituellement bien portant.

*Antécédents personnels.* — Pas d'autres maladies qu'une fluxion de poitrine à 7 ans. Réglée avant 10 ans. Habite Paris depuis 8 ans.

Jeudi dernier, 14 juin, *en se levant le matin, elle ressentit brusquement des coliques et une diarrhée légère. La veille, elle était bien portante et avait travaillé comme d'habitude.* Malgré cette indisposition, elle travaille toute la journée et ne s'arrête qu'à 10 heures du soir, une céphalée violente l'empêchant de continuer. Le vendredi elle est obligée de garder le lit et un médecin appelé la met à la diète. Elle vomit le lait et les potages qu'elle prend ainsi que les cachets de quinine. Pas de diarrhée.

16 juin. — Lavement suivi de diarrhée. Vertiges lorsqu'elle s'assoit sur son lit. Les jours suivants même état. Insomnie, diarrhée fréquente.

19 juin. — La malade entre à l'hôpital mardi soir. A ce moment, la malade se plaint de céphalalgie violente. Température : 39° 6. Pouls : 140.

20 juin. — Température matin, 39° 4. Pouls : 104. Soir : 39° 6. Pouls : 86. Il y a des taches rosées en assez grande quantité sur le ventre. La rate est douloureuse et volumineuse. Albumine dans les urines. Séro-diagnostic positif. Bains à 25°.

21 juin. — Les bains la soulagent beaucoup. La température tombe de 1° après chaque bain. Insomnies, vertiges. Les taches rosées sont très abondantes et s'étendent jusque sur les bras. Rien au cœur, rien aux poumons.

22 juin. — Pas de selles depuis hier matin. Urines 700 gr. Pas d'albumine. Température du matin : 38°. La malade n'a pas dormi, mais ne se sent pas trop mal. Diarrhée la nuit.

23 juin. — Amélioration sensible. La malade a dormi. La langue est couverte d'un volumineux enduit blanchâtre; non tremblante. A partir de ce jour l'état va en s'améliorant et la malade entre en convalescence quelques jours après.

## OBSERVATION VIII

(Personnelle)

Ernestine C., 30 ans, fleuriste, entrant le 16 juillet 1899 à la Pitié, salle Grisolle, dans le service de M. Babinsky, confié à cette époque à la direction de M. Léopold-Lévi.

La malade était dans le service depuis plusieurs mois, soignée pour névrites périphériques. Son état général était satisfaisant quand, le lundi 27 août 1900, *elle fut prise brusquement vers 3 heures, alors qu'elle était dans la cour de l'hôpital*, de malaise avec courbature généralisée et frisson. *Il lui fut difficile de monter dans la salle* ; le soir, la température était à 39°. Elle ne dormit pas dans la nuit et eut encore des frissons et une céphalée assez intense.

28 août. — Même céphalée, courbature généralisée, anorexie ; pas de vomissements, selles normales. Pas de phénomènes de catarrhe oculaire nasal ; pas d'épistaxis.

29 août — Même état. Le soir et dans la nuit de mercredi à jeudi : vomissements.

30 août. — Malade couchée dans le décubitus dorsal mais n'est ni abattue ni prostrée. Elle répond bien et vite aux questions. Céphalée diffuse avec maximum dans les régions temporale et sus-orbitaire ; quand elle s'asseyait sur le lit, vertiges.

Elle n'a pas dormi la nuit dernière, mais n'a pas eu de délire et n'a pas été agitée. Anorexie, langue rouge et humide, un peu sèche sur les bords. Pharynx rouge. A été purgée avant-hier. Pas de selle hier et ce matin. Ventre douloureux à la palpation, surtout dans la fosse iliaque droite. Rate hypertrophiée. Pas d'éruption ou peut-être une tache rosée. Douleur dans la fosse iliaque droite ; un peu de gargouillement. Rien au cœur. Température 38° 8 le matin, 40° 2 le soir. Pouls : 112, régulier. Urines normales.

31 août. — Insomnie, céphalée, douleur dans la nuque et dans la région lombaire droite. Trois vomissements depuis hier, douleur abdominale avec maximum dans la fosse iliaque droite. Taches rosées pas de stupeur, pas d'aspect typhique.

Séro-diagnostic positif.

Température du soir : 39°8. Pouls : 100.

Bains à 25° toutes les trois heures.

Du 1<sup>er</sup> au 3 septembre, même état, avec conspation.

3 septembre. — Céphalée diminuée. La malade a un peu dormi la nuit dernière. Diarrhée jaune. Taches rosées sur les cuisses.

4 septembre. — Diarrhée fétide. La malade se sent mieux.

5 septembre. — Céphalée. La malade dort peu. Diarrhée. Température du soir : 40°. Pouls : 104.

Indican dans les urines.

Bains à 22°.

Même état jusqu'au 7, date à laquelle la température commence à baisser après un bain à 20°.

Depuis ce moment, les symptômes vont en s'améliorant, la température baisse régulièrement et, le 12 septembre, la malade commence à avoir faim, elle entre en convalescence et guérit.

## OBSERVATION IX

Fournie par M. le docteur Cotar.

*Fièvre typhoïde à début brusque. Hémorrhagie intestinale. Mort.*

D... Georges, âgé de 18 ans, élève du lycée Henri IV.

Père bien portant, mère tuberculeuse, sœur morte de tuberculose pulmonaire à 14 ans.

Pas de maladie antérieure.

Depuis un an environ, il fournit un travail considérable, car

il voulait passer en même temps son baccalauréat ès-sciences et l'examen d'admission à St-Cyr.

Le 20 juillet 1900, après un surmenage plus grand, il se présente à l'épreuve écrite du baccalauréat.

Dès qu'elle fut terminée, il se sentit très fatigué, courbaturé et ressentit bientôt un violent frisson. Ses camarades le reconduisirent chez lui en voiture et aussitôt rentré il est obligé de se mettre au lit.

Nous le voyons le soir même. Il était très abattu et se plaignait d'un fort mal de tête. Dans l'après-midi, il avait eu des coliques, des nausées, et des vomissements.

La température rectale est 39°6. Pouls : 104. Respiration : 35.

Le malade est mis à la diète et prend 0 gr. 50 de bromhydrate de quinine.

21 juillet. — Les symptômes de la veille s'accroissent. Douleur dans la fosse iliaque droite, gargouillement. Les nausées et les vomissements persistent.

Température du matin : 39°5. Pouls : 100.

Température du soir : 40°2. Pouls : 118.

Glace, lait glacé, champagne, quinine.

22 juillet. — Les vomissements s'arrêtent. Diarrhée jaunâtre liquide. Température stationnaire. Cet état se maintient pendant plusieurs jours.

26 juillet. — Apparition de taches rosées discrètes sur le ventre ; épistaxis, le séro-diagnostic est positif. Selles fréquentes, température élevée.

Le malade est soumis à la balnéothérapie. Bain à 25° toutes les trois heures. Légère amélioration les jours suivants, malgré l'apparition d'un délire tranquille.

La maladie suivait son cours ordinaire lorsque, vers la fin du 2<sup>e</sup> septenaire, surviennent une hémorrhagie et une perforation intestinales ; le malade meurt de péritonite 15 jours après le début brusque.

## OBSERVATION X

Chomel, *Leçons de clinique médicale*, 1834, p. 392.

*Séjour récent à Paris. Invasion subite ; céphalalgie, prostration, épistaxis, délire, éruption typhoïde, évacuation involontaire ; soubresauts des tendons, hémorragies intestinales. Mort le 21<sup>e</sup> jour de la maladie. Ulcération sur l'épiglotte et dans le larynx, nombreuses ulcérations avec débris d'escarres jaunes dans l'iléum et infiltration sanguine de la muqueuse.*

Le nommé F. ., âgé de 26 ans, commissionnaire, demeurant à Paris depuis quatorze mois, avait constamment joui d'une bonne santé. Le 1<sup>er</sup> janvier 1832, il est pris subitement et sans cause appréciable de céphalalgie ; *douleur dans le col et les membres et fièvre avec forte chaleur* qui l'oblige de garder le lit. Au bout de quelques jours, il se joint à ces symptômes de la diarrhée ; deux ou trois selles dans les 24 heures et quelques épistaxis. Le 10 janvier il est couché salle Sainte-Madeleine, n<sup>o</sup> 33, après avoir été saigné une fois chez lui.

Le onzième jour décubitus dorsal ; le malade ne peut ni s'asseoir ni se retourner ; la parole est embarrassée ; les réponses sont lentes mais justes ; la bouche est sèche ; la langue

collante est couverte d'une couche assez épaisse de mucus brunâtre ; la déglutition est facile ; le ventre distendu est sonore dans toute son étendue et douloureux à la pression dans la région iliaque droite, parsemé de taches rosées lenticulaires, selles liquides, peu fréquentes ; chaleur sèche et âcre de la peau ; toux rare ; râles sibilants des deux côtés et en arrière ; pouls : 96, d'un volume médiocre (solution de sirop de gomme chlorurée ; lotion chlorurée ; bain chloruré ; lavement idem). Le douzième jour, le malade éprouve plusieurs évacuations involontaires pendant la nuit ; insomnie et agitation.

Le 17<sup>e</sup> jour, la prostration est plus prononcée, soubresauts dans les tendons.

Le 18<sup>e</sup> jour, délire calme, qui empêche cependant de se mettre en rapport avec lui.

Le 19<sup>e</sup> jour, les matières évacuées contiennent une grande quantité de sang, les soubresauts sont très fréquents et s'étendent à tout le corps ; il y a de la céphalalgie ; la langue et les lèvres sont couvertes d'une couche de matière noire, inégale, très épaisse ; le pouls est faible et comme vide ; les selles continuent à offrir du sang presque pur, le malade succombe le 21<sup>e</sup> jour, après avoir été soumis, le dernier jour seulement, au traitement par les toniques.

Ouverture faite vingt-deux heures après la mort.

*Habitudes générales.* — Abdomen fortement distendu, raideur des membres.

*Crâne.* — Œdème des méninges à la face convexe des hémisphères. Le cerveau n'offre rien d'anormal.

*Thorax.* — L'épiglotte offre, sur ses deux bords et à sa face antérieure, trois ulcères assez larges pour en envahir presque toute l'étendue ; le cartilage, qui est à nu, est terreux

et noir. Le lobe inférieur du poumon gauche offre en arrière de l'engouement, et probablement de l'apoplexie pulmonaire. Le droit est adhérent, son sommet offre une caverne capable de loger une petite noix, à parois ulcéreuses et crétacées, environnée dans la moitié du lobe supérieur de granulations demi-transparentes ; le lobe inférieur est dans le même état que celui du côté gauche.

*Abdomen.* — L'estomac contient un liquide semblable à une dissolution de jaune d'œuf ; la muqueuse est ramollie dans tous les points où elle était en contact avec ce fluide ; le duodénum et le jéjunum n'offrent rien d'anormal. La muqueuse du dernier pied de l'iléum, qui était plongée dans le petit bassin, est d'un rouge livide et infiltrée ; partout ailleurs blanche et transparente. Dans les deux tiers supérieurs de l'iléum, on trouve de nombreuses plaques de Peyer, toutes saillantes, couvertes d'un tissu réticulé, dont les mailles s'écartent d'autant plus les unes des autres que l'on examine les plaques plus près de la valvule. Dans le dernier tiers, on trouve mêlées avec les plaques réticulées, d'autres plaques en partie ulcérées avec hypertrophie du tissu musculoux, et en partie recouvertes de débris d'eschares jaunes. Le cœcum présente cinq à six ulcères ronds, faits comme avec un emporte-pièce ; le reste des gros intestins n'offre rien d'anormal ; ils contiennent des matières presque solides et qui ne sont pas colorées par du sang. Les ganglions mésentériques des deux derniers pieds de l'intestin grêle sont gros comme de petites noix, rouges et ramollis ; la rate a deux fois son volume ordinaire.

## OBSERVATION XI

(Chomel. *Leçons de Clinique médicale*, 1834, p. 389).

*Séjour récent à Paris. Invasion subite, dévoiement, insomnie, prostration et stupeur; amélioration sous l'influence des toniques. Mort le 60<sup>e</sup> jour. Plaques de Peyer de couleur ardoisée, et les dernières ulcérées avec commencement de cicatrisation.*

Le nommé Cervelet. âgé de 22 ans, maçon, habitant Paris depuis neuf mois, n'avait jamais été malade.

Le 12 décembre 1830, il est pris, *sans cause appréciable, de diarrhée avec coliques*, inappétence et *affaiblissement considérables*. Il veut continuer à travailler, mais est, au bout de quelques jours, obligé de garder le lit.

L'état du malade ne permet pas d'obtenir beaucoup de renseignements sur ce qui a précédé son admission à l'hôpital; tout ce que l'on peut recueillir, c'est qu'il paraît avoir éprouvé une insomnie continuelle, une faiblesse extrême et n'avoir fait aucun traitement, si ce n'est le repos, la diète et une application de quelques sangsues derrière les reins. Il est couché, le 9 janvier 1831, salle Sainte-Madeleine, n<sup>o</sup> 33, le vingt-unième jour de la maladie.

Le vingt-deuxième jour, on a beaucoup de peine à se mettre en rapport avec le malade qui est dans un état de prostration et de stupeur complètes; ses réponses sont lentes et quelquefois assez justes; il entend difficilement; il n'accuse pas de cé-

phalalgie; insomnie avec rêvasseries; la bouche est sèche ainsi que la langue et les lèvres qui sont couvertes par une couche épaisse de fuliginosités noires; la déglutition est difficile, il y a peu de soif; l'abdomen, tendu et résonnant, est douloureux à la pression dans presque toute son étendue. Plusieurs selles liquides dans les vingt-quatre heures et souvent involontaires, de même que l'émission des urines; le pouls fréquent, peu développé; la peau chaude et sèche.

Le malade reste dans cet état pendant quelques jours et sans autre changement que l'aggravation lente de quelques symptômes.

Le trentième jour, on ne peut obtenir aucun renseignement du malade; la langue offre un peu moins de sécheresse; le dévoiement est très fort et continuellement involontaire; l'abdomen est mat et peu sensible à la pression; la chaleur de la peau moins vive, le pouls fréquent 100, et dicrote. (Potion gommeuse avec extrait de quinquina, 5 gr., une tasse de vin).

Pendant les trois jours suivants, le pouls conserve le même caractère et à peu près la même fréquence; les selles paraissent involontaires, quoique moins fréquentes; la langue est alternativement sèche et un peu humide; les phénomènes généraux adynamiques sont les mêmes.

Le 36<sup>e</sup> jour le pouls était tombé à 90 pulsations par minute; il n'y avait plus que deux ou trois évacuations involontaires chaque jour. On observe sur l'abdomen quelques taches typhoïdes trop peu nombreuses pour être caractéristiques. Le 40<sup>e</sup> jour, le pouls est redescendu à 80; les traits du malade ont repris une partie de leur mobilité, bien que la surdité lui reste encore; la faiblesse est la même; la langue est humide; trois ou quatre selles dans les 24 heures (Gelée, bouillon).

Le malade va de mieux en mieux, il commence même à s'asseoir sur son lit ; il crie à la faim.

L'amélioration continue ainsi jusqu'au 51<sup>e</sup> jour que la faiblesse reparait ; il ne peut plus rien prendre et il succombe le 60<sup>e</sup> jour de la maladie, quarante jours après son admission à l'hôpital.

Autopsie 24 heures après la mort.

*Crâne.* — Le cerveau et ses membranes n'offrent rien d'anormal.

*Thorax.* — Les deux poudons présentent à leur partie postérieure de l'engouement avec un peu de ramollissement. Le cœur flasque, sans ramollissement de son tissu, contient un peu de sang fluide.

*Abdomen.* — La muqueuse de l'estomac est, sur quelques points, marquée de taches rouges, sans autre altération appréciable. Le duodénum et le jéjunum paraissent à l'état sain.

L'iléum présente dans presque toute sa longueur des plaques de Peyer assez éloignées les unes des autres, visibles seulement par une coloration ardoisée, et un aspect granulé. Dans les 4 derniers pouces seulement, on trouve des ulcérations à bords non saillants, à fond blanc comme la muqueuse, sans dégénérescence avec les caractères de la cicatrisation commençante.

Les ganglions mésentériques sont gros comme des fèves, rouges et ramollis ; la rate a son volume ordinaire.



## OBSERVATION XII

(Chomel, *Leçons de clinique médicale*, 1834. p. 392.)

*Séjour récent à Paris. Invasion subite, céphalalgie, diarrhée, prostration, stupeur, éruption typhoïde, pétéchies, amélioration vers le 22<sup>e</sup> jour de la maladie. Guérison.*

Le nommé Lescot, maréchal ferrant, âgé de 23 ans demeurant à Paris depuis sept semaines, n'avait jamais été malade ; depuis qu'il était à Paris il n'avait pas encore pu se procurer d'ouvrage ; il *s'ennuyait beaucoup* ; cependant l'argent ne lui avait pas manqué, et il s'était bien nourri jusqu'alors ; *dans la nuit du 5 au 6 janvier 1831, sommeil interrompu ; en s'éveillant céphalalgie, inappétence, faiblesse extrême ; quelques douleurs dans l'abdomen* ; il est obligé de garder le lit ; le lendemain deux selles liquides ; il est couché salle Sainte-Madeleine n° 30, le 10 janvier 1831, cinquième jour de sa maladie, sans autre traitement que le repos, du vin chaud sucré à plusieurs reprises et de l'eau sucrée pour boisson

Le 6<sup>e</sup> jour, prostration sans stupeur ; céphalalgie assez intense ; réponses nettes et précises ; bouche pâteuse ; langue large, épaisse, collante, rouge sur les bords : sept ou huit selles liquides dans la nuit, abdomen légèrement météorisé, douloureux à la pression, surtout dans la région cœcale ; soif vive ; le pouls est large, plein, assez résistant ; la peau chaude sans sécheresse notable. (Saignée de douze onces ; riz, sirop de groseilles, lavement de lin.)

Le 7<sup>e</sup> jour, le malade accuse un peu moins de céphalalgie, mais déjà sa physionomie offre une stupeur marquée ; en même temps, la prostration est plus prononcée, les selles persistent fréquentes.

Le 8<sup>e</sup> jour, les traits sont presque complètement immobiles ; on peut cependant se faire comprendre du malade en lui parlant à très haute voix ; le pouls a perdu sa résistance, mais est plus fréquent ; la langue et les lèvres sont encroûtées d'une matière blanchâtre ; l'abdomen, presque insensible à la pression, offre çà et là quelques taches rosées, rares, et peu apparentes.

Les jours suivants la prostration et la stupeur vont en augmentant ; on a de la peine à se faire entendre du malade ; sa respiration devient fréquente, l'éruption typhoïde nombreuse, le pouls petit et vif, la langue semblable à une feuille de parchemin recoquillée ; cinq à six selles dans les 24 heures, quelques-unes involontaires.

Le quatorzième jour. — Le malade tousse un peu, il rend quelques crachats épais, rouillés, adhérents au fond du vase ; on trouve dans presque toute l'étendue du poumon gauche et en arrière une crépitation nombreuse, fine et un peu humide, mêlé à un râle sibilant, le droit en offre aussi quelques traces, les symptômes généraux sont les mêmes ; l'abdomen présente, outre l'éruption typhoïde qui est très nombreuse, de larges taches d'un rouge bleuâtre et de formes variées. (Solution de sirop tartareux, riz, sirop de groseilles, lavements de lin.

Le vingtième jour. — Depuis hier la stupeur a considérablement diminué ; le malade sourit et dit se trouver mieux ; la langue est légèrement humide, les selles sont moins fréquentes, la crépitation est toujours manifeste et dans la même étendue ;

les crachats contiennent beaucoup de sang qui semble même presque pur sur quelques points ; pouls 80, peau sèche, presque sans chaleur.

Peu à peu les forces du malade se relèvent ; les selles vont en s'éloignant et prennent leur caractère normal ; le pouls perd toute fréquence et le malade entre en convalescence vers le trétième jour.

### OBSERVATION XIII

(Communiquée par M. Sevestre à la Société médicale des hôpitaux).

Il s'agit d'une fillette de 5 ans, qui fut prise *un jour, à 2 heures de l'après midi* de vomissements avec céphalalgie intense et de fièvre ; *le thermomètre accuse 39°6 et monta le soir à 40°.* « Or cette enfant, que je voyais tous les jours, était encore la veille, et même le matin, absolument bien portante et elle avait déjeuné comme d'habitude. » Le diagnostic resta hésitant pendant plusieurs jours et ne put être formulé d'une façon positive qu'après une huitaine de jours où apparurent les taches rosées.

Ce cas remonte à 14 ans environ.



## OBSERVATION XIV

(Communiquée par M. Sevestre à la Société médicale  
des hôpitaux).

Le 27 janvier dernier, une fillette de 12 ans *fut prise, au milieu de la journée*, de vomissements et de mal de tête ; *le soir elle avait une température de 40° dans l'aisselle* et pendant une quinzaine de jours, elle se maintint à un chiffre généralement supérieur à 40°. Elle eut une fièvre typhoïde des plus graves, mais guérit cependant. Les taches rosées commencèrent à se montrer le 3 février c'est-à-dire au huitième jour ; elles furent extrêmement abondantes. Or, dans les jours qui ont précédé sa maladie *elle était absolument bien portante* et je le sais d'autant mieux que j'allais à ce moment dans la famille pour un autre enfant et que l'on n'aurait pas manqué de me la montrer pour peu qu'elle eût eu le moindre malaise ; la matin du 27 elle était partie à son pensionnat *aussi bien portante et aussi gaie que d'habitude*.



## OBSERVATION XV

(Communiquée par M. F. Widal à la Société médicale  
des hôpitaux.)

Il s'agit d'un jeune pâtissier de 17 ans qui, *un soir de 14 juillet, en pleine santé, ne présentant pas le moindre malaise, dansa pendant plusieurs heures.*

Il ressent en rentrant chez lui un grand frisson, une violente céphalalgie, et, dès le lendemain, est retenu au lit par la fièvre.

Le séro-diagnostic, *pratiqué cinq jours après* ce début, montre une agglutination déjà élevée. La maladie évolua d'une façon normale, sans complications et se termina par la guérison.

## OBSERVATION XVI

(Communiquée par M. Widal à la Société médicale  
des hôpitaux.)

Une jeune femme *fut prise brusquement* de céphalalgie et de frisson, *en pleine santé, en revenant un soir de faire des visites.* Le lendemain, elle ne put se lever, la température atteignait

déjà 39°. *Trois jours après ce début violent*, le sang présentait déjà une agglutination de 1/150.

La maladie se déroule sans complication pour aboutir à la guérison après 3 septenaires.

## OBSERVATION XVII

(Communiquée par M. Widal à la Société médicale  
des hôpitaux.)

Une jeune femme entrait dans le service de M. Widal l'an passé. Elle fut prise *une après midi en pleine santé, au milieu de son travail*, de frissons, de céphalalgie et de courbature. Elle fut obligée de se coucher et garda le lit jusqu'à son entrée à la maison municipale de santé ; elle fut reçue dans le service 6 jours après l'invasion brusque de ces premiers symptômes. Le lendemain de son admission, le taux agglutinatif de son sérum était de 1/200. Elle fit une fièvre typhoïde à rechute, mais sans complication et se rétablit après une courte convalescence.



### OBSERVATION XVIII

Communiquée par M. Widal à la Société médicale  
des hôpitaux )

Un jeune homme de 29 ans, toussant depuis 4 ans, fut pris *brusquement* une après midi, de fièvre, de frissons, de céphalalgie violente, de diarrhée abondante et de douleur dans la fosse iliaque droite. Il mourut 14 jours après ce début soudain, et, à l'autopsie, on constata au niveau de l'intestin les lésions classiques de la fièvre typhoïde et dans les poumons des lésions de tuberculose ancienne.

### OBSERVATION XIX

(Communiquée par M. Widal à la Société médicale des  
hôpitaux.

Chez un autre malade de M. Widal la fièvre typhoïde a débuté *brusquement* par un frisson, une céphalalgie intense et une vive douleur dans les deux genoux. La maladie a évolué suivant le type bénin et s'est terminée juste en trois semaines.



## OBSERVATION XX

(Communiquée par M. Vidal à la Société médicale des hôpitaux).

Chez un autre sujet, la maladie a éclaté *brutalement* en pleine santé, s'annonçant *tout d'un coup une après-midi* par de la céphalalgie, des nausées et des vomissements. Le malade prit le lit dans la soirée même et ne le quitta pas jusqu'à la fin de son affection qui dura 35 jours.

Il était entré dans le service de M. Vidal quatre jours après ce début si brusque, et sa température à cette époque atteignait déjà 40°.

## OBSERVATION XXI

(Communiquée par M. P. Merklen à la Société médicale des hôpitaux).

Il s'agit d'une fillette âgée de 9 ans, qui fut prise, *en pleine santé. après avoir déjeuné gaiement*, d'un léger vertige et d'un accès fébrile à 39°. *Le sero-diagnostic était positif le 5<sup>e</sup> jour* et les taches apparurent le 8°. L'évolution de la maladie fut régulière en 3 semaines ; mais ce fut une forme hyperthermique, sans rémission matinale qui exigea 63 bains.

## OBSERVATION XXII

(Communiquée par M. Edg. Hirtz, à la Société médicale des hôpitaux).

X..., infirmier veilleur, âgé de 23 ans, baignait les typhiques la nuit.

Le 13 octobre 1899, *au moment de prendre son service*, il est pris *brusquement, subitement*, de frissons, de vertiges ; il se couche et prend sa température ; il a 39°. Il fait une fièvre typhoïde grave, à début pulmonaire, dont il guérit lentement.

## OBSERVATION XXIII

(Communiquée par M. Edg. Hirtz, à la Société médicale des hôpitaux).

M... Jean, âgé de 34 ans, charpentier, *bien portant jusque-là*, se sent *brusquement* mal à l'aise, pris de frissons, courbature, céphalée et est obligé de s'aliter ; il entre à l'hôpital quelques jours après cette invasion qu'il qualifie de *soudaine* et présente une fièvre typhoïde régulière. La réaction agglutinante est nette. Il prend environ 140 bains et sort guéri.

#### OBSERVATION XXIV

(Communiquée par M. Edg. Hirtz, à la Société médicale des hôpitaux).

Il s'agit d'un garçon qui est pris *brutalement* de fièvre vive, frissons, courbature, le lendemain du 14 juillet, chose amusante, comme le malade de M. Widal. *Il avait dansé la veille jusqu'à une heure avancée*, et dès le lendemain matin, la maladie éclate *soudainement* et évolue en quatre semaines.

#### OBSERVATION XXV

(Communiquée par M. Parmentier à la Société médicale des hôpitaux).

Il s'agit d'un élève du lycée Saint-Louis, du cours préparatoire à l'Ecole polytechnique qui tombe malade *après une journée de chasse*. *Le début brusque des accidents*, m'avait fait hésiter, dit M. Parmentier, entre une dothiéntérie et la grippe, d'autant mieux qu'il pouvait y avoir eu contagion. Mais, après quarante-huit heures, aucun doute n'était possible. La fièvre typhoïde avait été favorisée par le surmenage intellectuel d'autant de longue date et son début avait éclaté à la suite d'un surmenage physique.

## OBSERVATION XXVI

(Observation de M. Moutard-Martin, communiquée  
à la Société médicale des hôpitaux).

Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, à cette époque interne des hôpitaux. *Ayant dansé dans une réunion d'amis le samedi très tard dans la soirée*, il se reposa le dimanche. Le lundi matin, il se rendit à l'hôpital à pied (25 minutes de marche), monta les deux étages de l'escalier qui conduisait à son service. Arrivé là il se sentit fatigué, incommodé, s'assit, et, dès que son chef (le D<sup>r</sup> Blachez) fut venu, il lui demanda ce qu'il devait faire, se trouvant étourdi et déprimé. Il lui fut conseillé de rentrer chez lui, se mettre au lit et se purger. Le malade, car c'en était bien un déjà, retourna à pied (25 minutes de marche) à son habitation. Il prit le lit. Quatre jours après, les phénomènes cérébraux existaient et la maladie évoluait avec une durée longue.

Elle se termina par la guérison, ce qui me permet, ajoute M. Moutard-Martin, de vous raconter aujourd'hui ma propre histoire.

---

## CONCLUSIONS

---

1° La fièvre typhoïde, dont le début, d'après la plupart des auteurs classiques, est lent et insidieux, peut quelquefois éclater d'une façon brutale, attaquant les individus en pleine santé. Cette forme est particulièrement fréquente chez les enfants.

2° L'éclosion brusque de la maladie est en rapport avec le surmenage physique et intellectuel, les émotions vives, les influences climatiques et locales, les infections antérieures (paludisme, grippe, tuberculose, etc.).

3° Il est permis de supposer que le bacille d'Eberth, doué d'une virulence particulière, ou en puissance d'association microbienne, détermine cette forme à début brusque, surtout s'il rencontre un milieu en état de moindre résistance.

L'auto-typhisation pourrait également être invoquée.

4° Le début brusque de la fièvre typhoïde peut éclater de différentes façons : frisson unique ou répété accompagné de fièvre élevée, douleurs abdominales violentes, douleurs rhumatoïdes, vertige suivi d'accès fébrile, etc.

Le diagnostic est donc souvent difficile. Il est à remarquer que la réaction agglutinative semble particulièrement précoce.

5° Le pronostic de cette forme est variable et ne peut être, d'ores et déjà, définitivement établi.

---

Vu : Le Doyen,  
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,  
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- Arnould.* — Art. Fièvre typhoïde du dictionnaire Dechambre.  
*Cadet de Gassicourt* — Leçons cliniques, 1884.  
*Chomel.* — Leçons cliniques, 1834.  
*Griésinger.* — Traité des maladies infectieuses (Traduction Lemaître).  
*Guéneau de Mussy.* — Clinique de l'Hôtel-Dieu.  
*Hanot.* — Leçons de Clinique in Semaine médicale, 7 novembre 1894.  
*Homolle.* — Fièvre typhoïde in Dictionnaire Jaccoud.  
*Marfan* — Fièvre typhoïde in Traité des maladies de l'enfance.  
*Millée.* — Etude de la fièvre typhoïde à début grippal. Thèse de Paris, 1884.  
*Murchison* — Traité de la fièvre typhoïde, 1878 (Traduction Lutaud).  
*Petit et Serres.* — Traité de la fièvre entéro mésentérique. Paris. 1813.  
*Potain.* — Grippe et fièvre typhoïde intécurrente. Gaz. des hôp. Avril, 1881.  
*Maurice Raynaud.* — France médicale, 1876.  
*Rilliet et Barthez.* -- Traité des maladies de l'Enfance.  
Discussion à la Société médicale des hôpitaux le 8 juin 1900 :  
*Sevestre, Widal, Merklen, Hirtz, Vincent, Parmentier, Rendu, Siredey.*



